

 PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
 World Health Organization  
 REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS

## monitoreo de la equidad en salud

perspectivas sobre el porqué  
y el cómo  
y el para qué

Oscar J Mujica MD MBBS MPH PHE MACE; Asesor Regional, Epidemiología Social  
Programa Especial de Equidad en Salud y Desarrollo Sostenible, OPS/OMS  
Taller Regional de Salud en Todas las Políticas  
INSP, Cuernavaca, México; julio 29, 2015

El error ignora la crítica, la mentira le teme;  
la verdad nace de ella.

José Ingenieros

El lenguaje ha de ser matemático, geométrico, escultórico.

José Martí

 Organización Panamericana de la Salud  
 Organización Mundial de la Salud  
 REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS

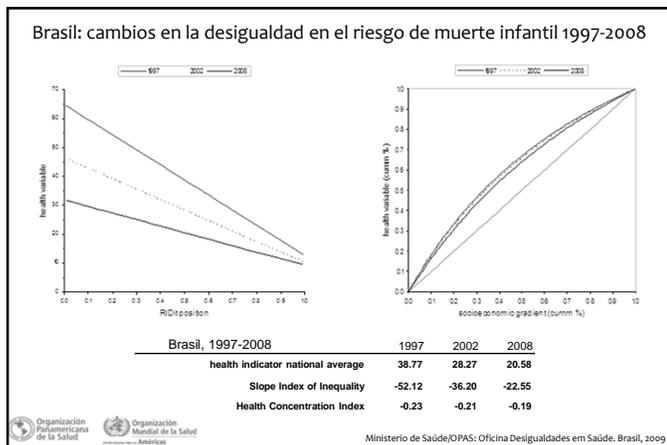
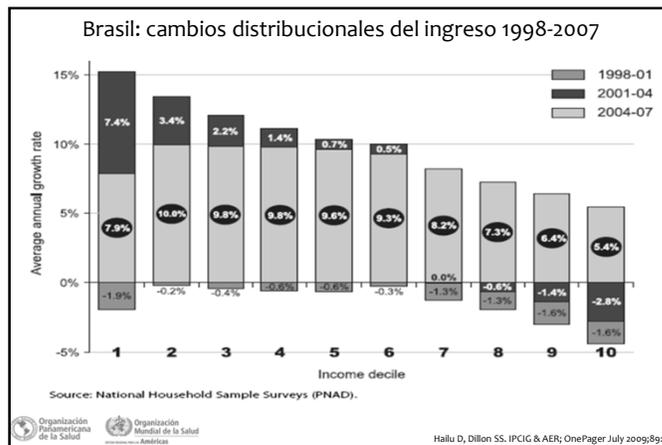
El objeto del gobierno es la felicidad de la gente; las políticas de gobierno deben mostrar fidelidad al objeto del gobierno; un buen gobierno implica el conocimiento de las condiciones por las cuales tal objeto puede ser mejor alcanzado.

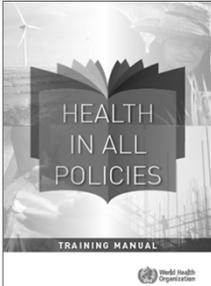
The object of government is the happiness of the people; government policies must show fidelity to the object of the government; a good government implies a knowledge of the means by which that object can be best attained

James Madison  
fourth US President (1809-1817)

Without health there is no happiness  
Thomas Jefferson  
third US President (1801-1809)

 Organización Panamericana de la Salud  
 Organización Mundial de la Salud  
 REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS





**HEALTH IN ALL POLICIES**  
TRAINING MANUAL

**MODULE 10** Measuring progress in health

**OVERVIEW** Discusses issues related to monitoring and evaluating changes in population health due to effective public policy including introducing participants to tools such as health impact assessments and health lens analysis.

 Organización Panamericana de la Salud  
 Organización Mundial de la Salud  
 REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS

WHO Health in All Policies. Training Manual; Geneva, 2015

### Ejercicio Grupal inicial (kick-off) [20 minutos]

Piense, individualmente, en un Informe de Salud clásico/notorio en su país (e.g., ASIS, anuario de salud, memoria de salud, etc.)

Discuta lo siguiente en grupo:

- ¿Contiene datos de salud desagregados por cualquier dimensión de desigualdad (e.g., ingreso o riqueza, educación, residencia urbana/rural, provincia/distrito, sexo, etc.)?
  - si no, ¿porqué no?
  - si sí,
- ¿para qué indicadores de salud están los datos más comunmente desagregados?
- ¿qué dimensiones de desigualdad se aplican más comunmente?
- ¿cuáles son las fuentes de datos usadas para los datos de salud desagregados?
- ¿cómo se comunican/informan las desigualdades en salud:
  - reportando los datos de salud desagregados (gráfica o tabularmente),
  - usando métricas resumen de desigualdad (e.g., razón, diferencia),
  - o ambos?
- Provea un ejemplo donde el monitoreo de la desigualdad en salud resultó en un cambio en alguna política/programa/práctica de salud
- Identifique los obstáculos relacionados a la desagregación de datos de salud en su país/estado.

### epidemiología social : el fundamento

(desde Virchow, Marx y Weber; Rose, Susser y Marmot, hasta el pensamiento social latinoamericano)

La desigualdad es una violación de la dignidad humana: es la negación de la posibilidad de desarrollar las capacidades humanas de cada uno. Toma muchas formas y tiene muchos efectos: muerte prematura, mala salud, humillación, opresión, discriminación, exclusión del conocimiento o de la vida cultural y social; pobreza, impotencia, estrés, ansiedad, inseguridad, pérdida de autoestima y del amor propio y exclusión de las oportunidades y posibilidades de la vida.

Por lo tanto, la desigualdad no tiene que ver solamente con el tamaño de nuestras billeteras. Es un orden sociocultural que, para la mayoría de nosotros, reduce nuestras capacidades de funcionar como seres humanos, nuestra salud, nuestro autorespeto, nuestro sentido de ser, así como nuestros recursos para actuar y participar en este mundo.

Desde la Cumbre del Milenio de la ONU (2000), en América Latina:

**el PBI creció a una tasa promedio de 3.4%**

(4.7% entre 2003-2008)  
(3.7% entre 2010-2014)

**el gasto social, como % del PBI, se expandió de 15.3% a 18.1% (circa 2012)**

**el coeficiente de Gini ha venido cayendo cerca de 1% por año**

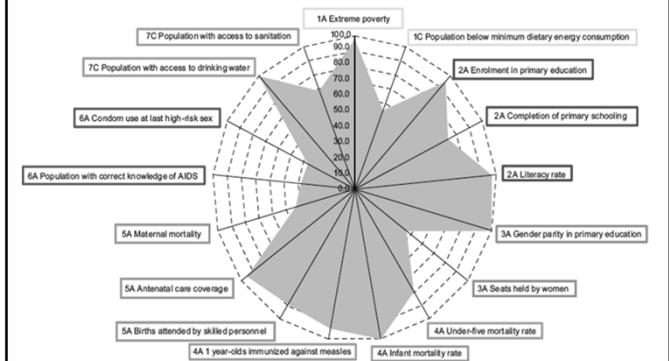
**como resultado, entre 2000-2012 cambiaron indicadores clave:**

pobreza extrema (<\$2.5) de 25.1% a 12.3% (-53 millones)

pobreza moderada (~\$4) de 42% a 25.3% (-61 millones)

la clase media, de 21.9% a 34.3% (+89 millones)

y, desde entonces, ésto se ha conseguido en materia de ODMs:

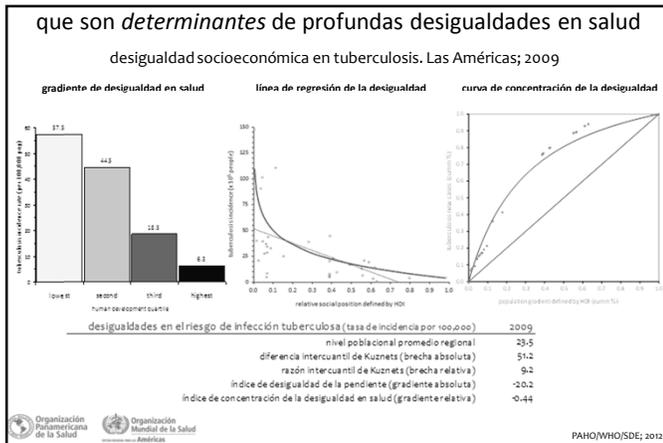
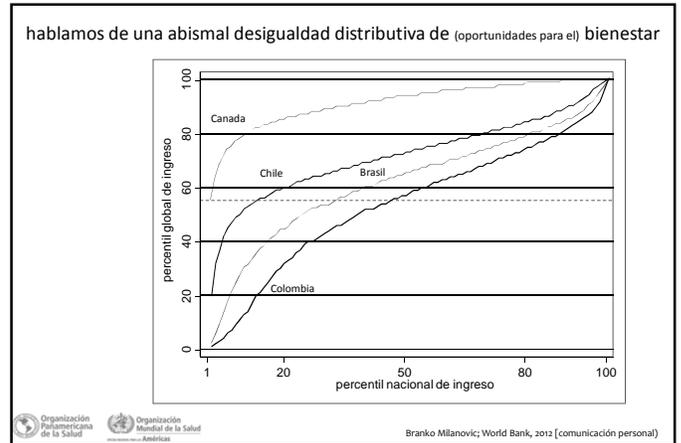
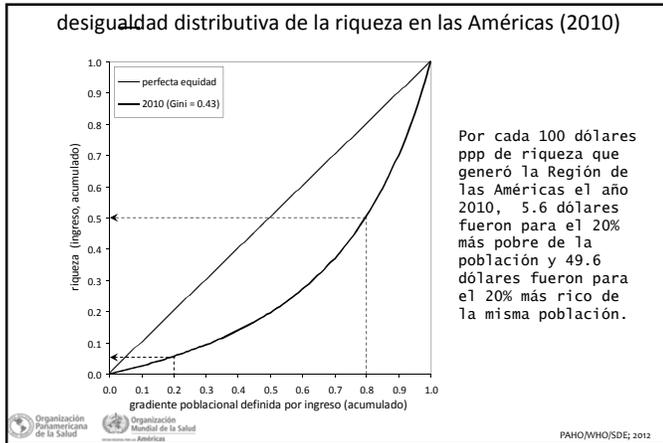


Lección (a ser) Aprendida:

Las desigualdades estructurales y la exclusión social no necesariamente desaparecerán con más crecimiento económico

El asunto económico central a la globalización es el de la desigualdad

Amartya Sen  
Premio Nobel de Economía 1998



Inequality is not just determined by economic forces: it is shaped by politics and policies

Joseph Stiglitz  
Premio Nobel de Economía 2001

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ethics & International Affairs 2014;28(1):5-13

### un paréntesis necesario

políticas (policy): un conjunto de principios que guían la toma de decisiones — políticas públicas: las del (buen) gobierno

Los cuatro pilares de las políticas:

- política: el arte de retener poder & neutralizar oponentes
- valores: lo que los hacedores de políticas encuentran importante
- ideología: lo que los hacedores de políticas creen que es correcto
- evidencia: lo que se conoce o se sabe

Los valores son fielmente aplicados a los hechos ante nosotros, mientras que la ideología avasalla cualquier hecho que cuestione la teoría — Barak Obama: The Audacity of Hope; 2006

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Robert A. Spasoff. Epidemiological Methods for Health Policy; OUP, 1999

### otra aclaración necesaria

hay dos colegas en una firma, Isabel y Antonio. Cada viernes, mientras Isabel va a almorzar con un cliente, Antonio se aprovecha sustrayendo subrepticamente dinero en efectivo de la caja chica.

un viernes, Isabel regresa a la oficina mas temprano que lo esperado y encuentra a Antonio con las manos en la masa. Los dos exclaman simultáneamente: Qué sorpresa!

la de Antonio es una sorpresa táctica: él sabía lo que estaba haciendo, pero no esperaba ser descubierto.

la de Isabel es una sorpresa estratégica: ella no tenía la más mínima idea de lo que estaba pasando.

la inteligencia (epidemiológica) está para evitar la sorpresa estratégica (en la gestión en salud).

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Adaptado de Lowenthal MM. Intelligence: from secrets to policy; 1999

Regla de Oro N° 1 de la sobrevivencia política:  
Evita, a toda costa, la sorpresa estratégica

corolario:  
*Anticipa, anticipa, anticipa*

### desigualdad de ingreso como amenaza a la sostenibilidad (2014)



Foro Económico Mundial: la ampliación de la desigualdad de ingreso es declarada la segunda amenaza mayor en significancia global y primera en las Américas

El Informe Oxfam documenta la ampliación mundial de la desigualdad de ingreso y denuncia el secuestro democrático que produce gobernar para las élites

La Iniciativa de Economía Progresiva del Parlamento Europeo declara la ampliación de la desigualdad de ingreso el reto del siglo

El Premio Nobel en Economía Prof. Joseph Stiglitz hace un llamado para eliminar la desigualdad extrema de ingreso como un objetivo de desarrollo sostenible al 2030

El nuevo libro de Thomas Picketty, El Capital en el Siglo XXI, descrito como revolucionario, argumenta que el empeoramiento de la desigualdad es un producto inevitable del capitalismo de libre mercado

La prestigiosa revista *Science* dedica una sección especial al tema de la desigualdad de ingreso, con 12 artículos originales, sobre "la Ciencia sobre la Desigualdad"

### y como amenaza a la gobernabilidad

(estabilidad política, institucionalidad democrática, credibilidad en la autoridad)

"Los ciudadanos han estado más impacientes... desde el 2011 la desigualdad ha estado presente, y caliente, en las calles:

en la oposición mediterránea a la austeridad desigual...  
en las rebeliones árabes contra la libertad y oportunidad desiguales...  
en el rechazo de estudiantes chilenos a la educación superior desigual...  
en el movimiento de los Indignados (Occupy) de Estados Unidos, Gran Bretaña, España y otros lugares, contra la dominación del 1 por ciento..."

así que el verdadero asunto aquí es la *desigualdad social*...

### la equidad en salud en las agendas sociales y de desarrollo

- ✓ la falta de equidad fue vista en 1977 como un problema de salud; hoy está claro que la equidad es un asunto social, de desarrollo y sobre todo político.
- ✓ cada vez se reconoce más que la salud es un pre-requisito para la buena gobernanza, la estabilidad social y el desarrollo sostenible.
- ✓ se ha establecido un nuevo debate sobre la salud: la salud es vista hoy como un derecho humano, como un bien público global, como un asunto macroeconómico, como un asunto de política exterior y como un asunto de seguridad.
- ✓ la inclusión social, política mayor del buen gobierno, sólo se consigue a través de la eliminación de las barreras injustas al acceso a las oportunidades del desarrollo humano.
- ✓ la eliminación de las desigualdades sociales en salud sólo se consigue a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud.
- ✓ la acción sobre los determinantes sociales de la salud requiere un enfoque de "gobierno entero" o, mejor, de "sociedad entera": salud en todas las políticas.

La desigualdad socioeconómica es un determinante social de salud crítico porque define las condiciones en las que crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos

Prof. Ilona Kickbusch

### salud pública

La salud pública es una **misión**, implementada a través de la acción de la sociedad: la salud pública es una práctica social.

La misión consiste en satisfacer a plenitud los intereses de la sociedad en asegurar las condiciones por las cuales las personas pueden ser saludables.

La sustancia de la salud pública la conforman los esfuerzos comunitarios organizados dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

## los enfoques (causales) sobre la salud pública

las concepciones dominantes –paradigmas- postulan modelos y valores coherentes para entender la realidad observable;

el paradigma epidemiológico dominante define los conceptos de ‘salud’, ‘proceso de salud enfermedad’ y ‘práctica racional de salud pública’;

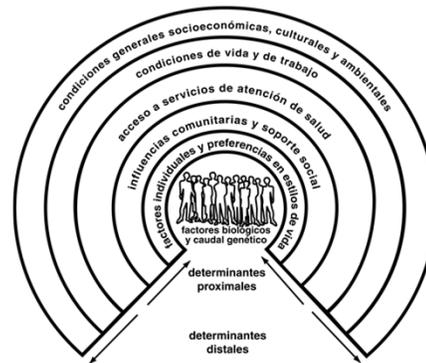
tres enfoques paradigmáticos históricos en salud pública: miasmático, microbiano y factores de riesgo (cada uno con sus modelos causales implícitos);

la transición de paradigmas provoca inevitablemente cambios en la definición de políticas de salud y prioridades de investigación;

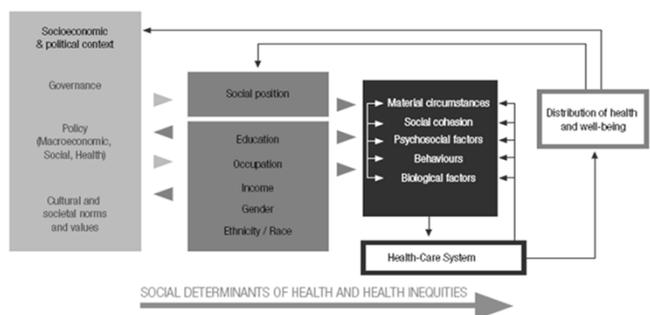
a partir del modelo de campos de la salud (Lalonde, 1974) hoy se identifica el nuevo paradigma ecoepidemiológico (Susser, 1996) y su modelo causal de determinantes;

expresa una visión holística de la salud, que hace explícita la interdependencia de múltiples niveles (individuos en un contexto biológico, físico, social, económico, histórico, ambiental y político).

## el modelo multinivel de determinantes de la salud



## el modelo conceptual de la CDSS



Source: Amended from Sotar & Irwin, 2007

## ¿cómo abordar los determinantes sociales de la salud? posicionamiento sobre el problema Mahler-Grant

Encabezando una crítica estructural de gran alcance basada en un enfoque de justicia social, una “revolución copernicana” del pensamiento y la acción en el ámbito de la política de salud, con el propósito de inducir importantes cambios en la estructura actual de la gobernanza y el presupuesto y su relación con las instituciones financieras internacionales y los donantes;

o desarrollando y promoviendo un conjunto de intervenciones eficaces sumamente focalizadas que los Estados puedan utilizar de forma rápida y que conduzcan a resultados en corto plazo pero que conlleven el riesgo de dejar intactas las causas más profundas del sufrimiento evitable y las inequidades en el campo de la salud.

## ¿porqué la acción normativa sobre los determinantes sociales de la salud ha quedado usualmente a la zaga?

El bloqueo es un **problema de conocimiento**. La acción para abordar los factores sociales determinantes de la salud ha sido débil porque las pruebas que constituyen la base para una acción de ese tipo son insuficientes o no se han presentado eficazmente las pruebas disponibles a aquellos que están en condiciones de efectuar cambios.

El bloqueo es un **problema de poder**. Las barreras más importantes para la acción en el ámbito de los factores sociales determinantes de la salud se encuentran en la dimensión político-económica del poder y el lucro. El fracaso de la política en la materia no es principalmente un síntoma de ignorancia, sino una consecuencia lógica de las relaciones de poder actuales.

Es necesario centrarse en ambos caminos (las pruebas científicas y la estrategia política) para producir los cambios que se buscan.

## puntos de acceso de la política y las intervenciones para reducir y eliminar desigualdades en salud

- disminuyendo la estratificación social (de la riqueza, el poder, el prestigio)
- disminuyendo la exposición específica a factores nocivos a la salud
- reduciendo la vulnerabilidad de las personas en desventaja
- orientando la atención de salud hacia la universalidad

## ¿porqué abordar la equidad en salud ahora?

porque las inequidades en salud ofenden nuestro sentido moral de justicia social

porque no hay otra forma de actuar sobre los determinantes sociales

porque es un imperativo político para el desarrollo sostenible y la buena gobernanza

porque permea nuestra visión, nuestra misión y nuestros valores

No podemos continuar ciegos a la gradiente social

[We must not remain gradient-blind]

Carissa F. Etienne  
Directora OPS

## ¿cómo no seguir ciegos al gradiente?: aplicando el lente de la equidad un marco para el monitoreo de la salud poblacional

DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD

estrechándose

ensanchándose

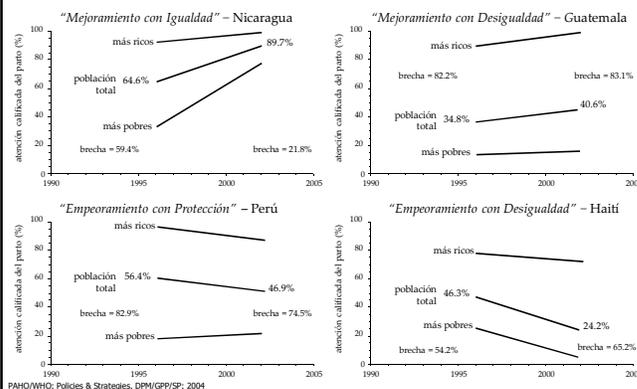
mejorando

TENDENCIA  
POBLACIONAL  
PROMEDIO DE  
LA SALUD

empeorando

<b>EL MEJOR RESULTADO</b>	<b>MEJORAMIENTO CON DESIGUALDAD</b> mejoría para los más privilegiados, pero no para los menos privilegiados
<b>EMPEORAMIENTO CON PROTECCION</b> deterioro con un elemento de protección social hacia los menos privilegiados	<b>EL PEOR RESULTADO</b>

## atención calificada del parto; América Latina, 1996-2002 (DHS)



Quienes realmente quieran poner en práctica lo que pregonan tienen el deber moral de dar visibilidad a las inequidades

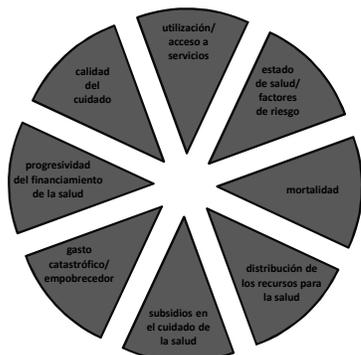
For those who really want to talk the talk and walk the walk, it is a moral imperative to making visible the inequities

Mirta Roses  
Directora Emérita OPS

## ¿qué necesitamos para poner manos a la obra? (i.e., institucionalizar el monitoreo de las desigualdades en la salud)

- ✓ una visión sistémica sobre 'equidad en salud'
- ✓ una estrategia científicamente rigurosa y transparente para cuantificar sistemáticamente las desigualdades en salud
  - a través de múltiples dimensiones sociales de la población
  - a través de múltiples indicadores de salud
  - a través del tiempo
- ✓ datos desagregados y confiables —y triangulación inteligente de fuentes apropiadas

### una visión sistémica de equidad en salud



### ¿qué es monitoreo?

Es el proceso de responder reiteradamente una pregunta de estudio determinada a lo largo del tiempo

Ayuda a determinar el impacto de las políticas, los programas y las prácticas, y a indicar si es necesario un cambio

### ¿Qué es el monitoreo de las desigualdades en la salud?

el monitoreo de las desigualdades en la salud describe las diferencias y los cambios que han tenido los indicadores de salud en subgrupos sociales de una población.

consideraciones especiales:

- o se necesitan dos tipos diferentes de datos confluyentes: datos sobre indicadores de salud y estratificadores de equidad.
- o se necesitan mediciones estadísticas de la desigualdad.
- o es complejo informar sobre diferentes indicadores de salud según distintas dimensiones de la desigualdad.

### ¿Para qué sirve monitorear las desigualdades en la salud?

Para proporcionar información que sustente la elaboración de políticas, programas y prácticas que reduzcan la inequidad en la salud.

Para evaluar el progreso de intervenciones en el ámbito de la salud.

Para representar la salud de la población de manera más completa que el promedio nacional:

- o indica la situación de los subgrupos sociales de población.
- o los subgrupos desfavorecidos pueden comprometer la mejora de las cifras nacionales.

Regla de Oro N° 1 del monitoreo:  
*Asegúrate de hacer algo sobre lo que mides*

corolario:  
*Si aún no has hecho algo, realmente aún no has decidido*

### monitoreo orientado a la equidad: componentes básicos

#### LA METODOLOGÍA:

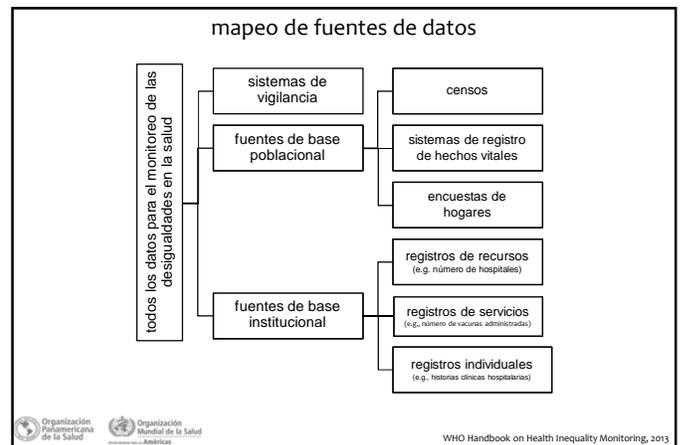
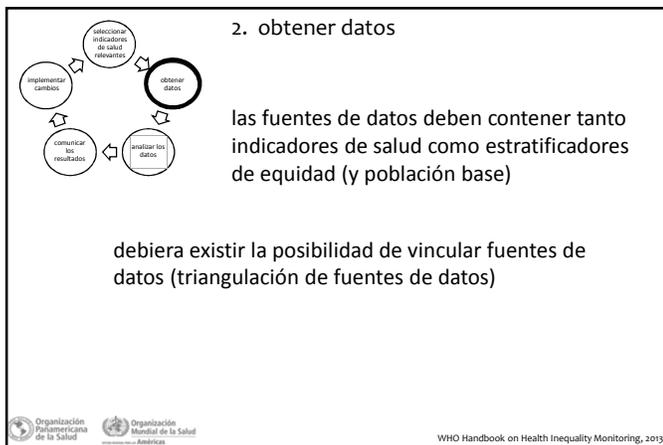
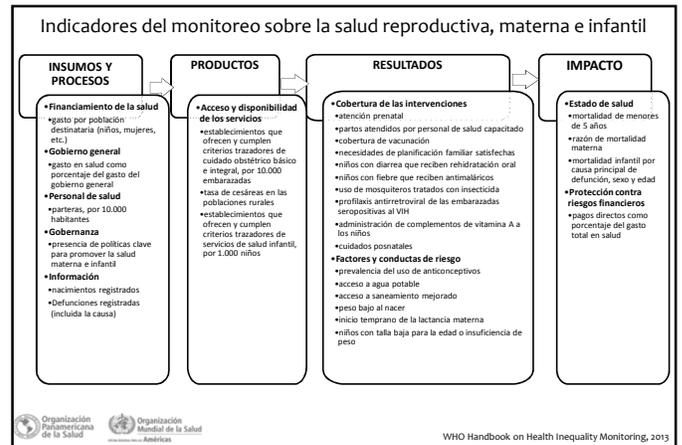
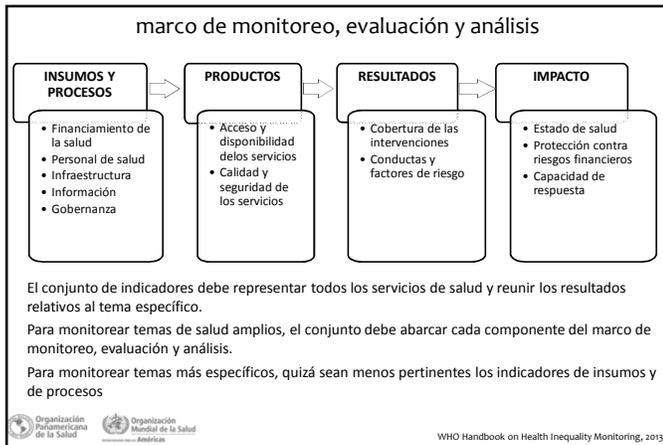
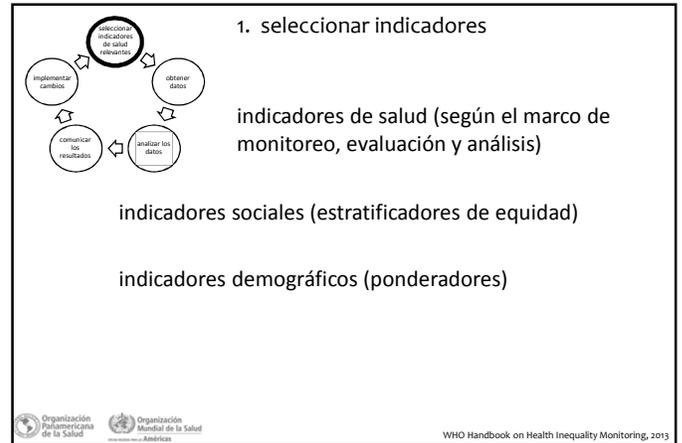
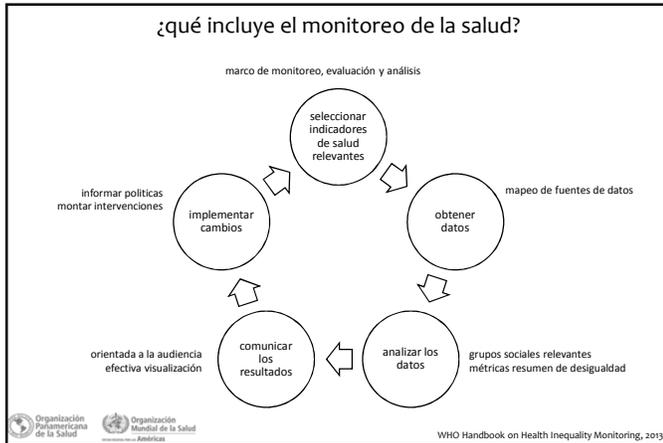
- incluir estratificadores de equidad
- quintiles de ingreso y dicotomía U/R
- enfoques de brecha y de gradiente
- métricas absoluta y relativa
- promedio y distribución
- metas como reducción proporcional de la desigualdad absoluta

#### EL PROCESO:

- recolección de datos
- medición y análisis
- reporte/comunicación

#### EL ANÁLISIS:

- estado actual
- cambios en el tiempo
- referenciamiento:
  - del estado actual
  - de los cambios en el tiempo
- priorización



### 3. analizar datos

calcular los indicadores de salud desagregados por estratificadores de equidad

calcular las métricas de desigualdad (de brecha y gradiente; absoluta y relativa)

WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

### medición de desigualdades en salud: fundamento analítico

partición por cuantiles → métricas de brecha de desigualdad (entre los dos cuantiles extremos)

líneas de regresión → métricas de gradiente de desigualdad (basadas en regresión)

jerarquía social: población ordenada por un estratificador de equidad (un determinante social)

desde el más socialmente desaventajado hasta el menos socialmente desaventajado

Estratificadores de Equidad: PROGRESO, Lugar de Residencia, Raza/Etnicidad, Ocupación, Género, Religión, Educación, Situación socioeconómica, recursos o capital social

oim/SDE/PAHO/WHO, 2013

### procedimiento analítico: métricas de brecha de equidad

el tamaño de clase, el estratificador de equidad, la variable salud, estimadores de grupo no-sesgados: medias ponderadas (sumaproducto)

las clases, la variable salud, abreviación distribucional en cuantiles, quintil, población, ingreso, tasa

país	pop. base	estratificador de equidad	variable de salud	quintil	población	ingreso	tasa
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	más bajo	379.515,141	2,916	23,9
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	bajo	770.333,919	4,812	12,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	medio	218.238,770	6,270	8,8
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	alto	363.665,648	26,294	11,2
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	más alto	363.665,648	26,294	11,2

tasa de salud (T) Q1, tasa de salud (T) Q5

Diferencia de rango (Kuznets absoluto) = tsQ1 - tsQ5

Razón de rango (Kuznets relativo) = tsQ1 / tsQ5

el panel de datos es ordenado por el estratificador de equidad, desde el más desaventajado hasta el menos desaventajado

oim/SDE/PAHO/WHO, 2013

### procedimiento analítico: métricas de gradiente absoluta de equidad

el tamaño de clase, el estratificador de equidad, pesos poblacionales, transformación logarítmica, los regresores para la regresión lineal por mínimos cuadrados ponderados (SII)

las clases, la variable salud, posición social relativa

país	pop. base	estratificador de equidad	variable de salud	Wbase	OWbase	POWbase	LOGPOWbase	WV	OWV	VW
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,010	0,00998	0,00488	-2,303	2870,1	-6149,1	141979,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,001	0,01098	0,01047	-0,180	886,9	-1694,7	6754,4
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,006	0,02876	0,02827	-1,888	2048,6	-3750,3	23460,3
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,009	0,03284	0,03227	-1,849	2833,7	-4001,2	61098,9
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,007	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,007	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,006	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,004	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,001	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,000	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0

el panel de datos es ordenado por el estratificador de equidad, desde el más desaventajado hasta el menos desaventajado

oim/SDE/PAHO/WHO, 2013

### procedimiento analítico: métricas de gradiente relativa de equidad

el tamaño de clase, el estratificador de equidad, cuota poblacional, cuota de salud, diferencia de productos cruzados, mejor ajuste de curva (ICD)

las clases, la variable salud

país	pop. base	estratificador de equidad	variable de salud	Wbase	OWbase	POWbase	LOGPOWbase	WV	OWV	VW
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,010	0,00998	0,00488	-2,303	2870,1	-6149,1	141979,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,001	0,01098	0,01047	-0,180	886,9	-1694,7	6754,4
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,006	0,02876	0,02827	-1,888	2048,6	-3750,3	23460,3
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,009	0,03284	0,03227	-1,849	2833,7	-4001,2	61098,9
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,007	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,007	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,006	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,004	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,001	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0
HTI	7.128.971	1.534,1	83,0	0,000	0,02826	0,02821	-1,866	2218,2	-2764,2	38271,0

el panel de datos es ordenado por el estratificador de equidad, desde el más desaventajado hasta el menos desaventajado

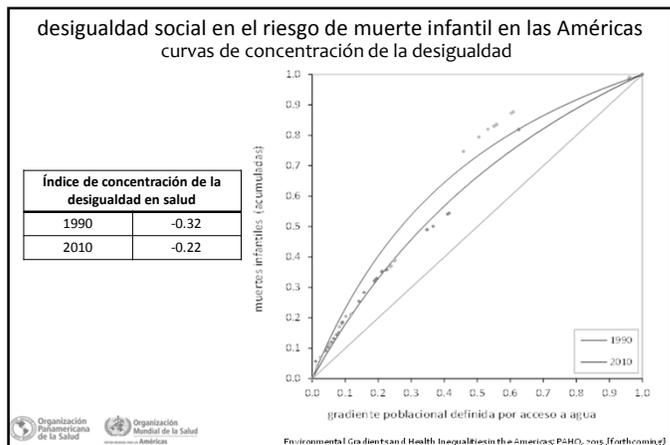
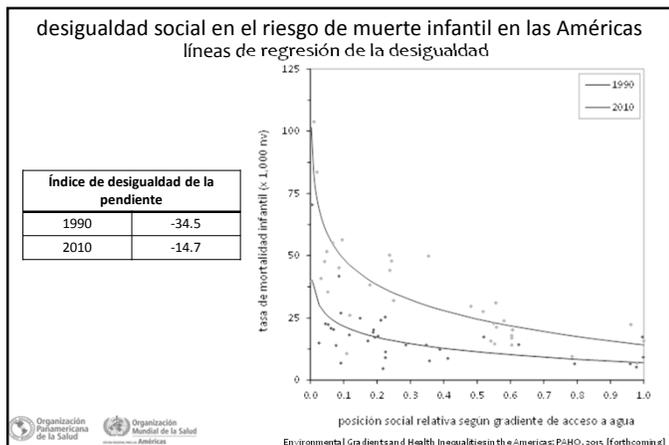
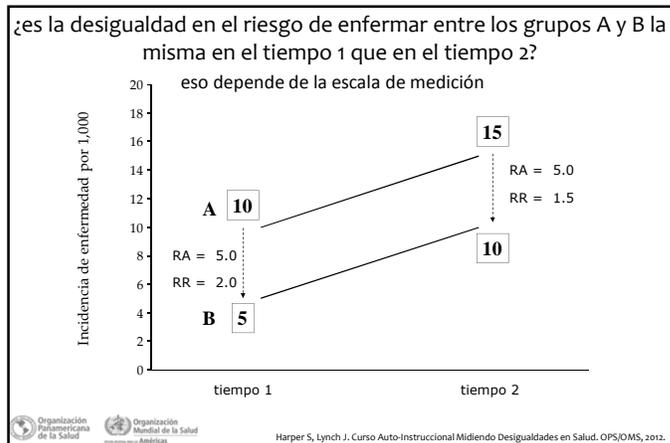
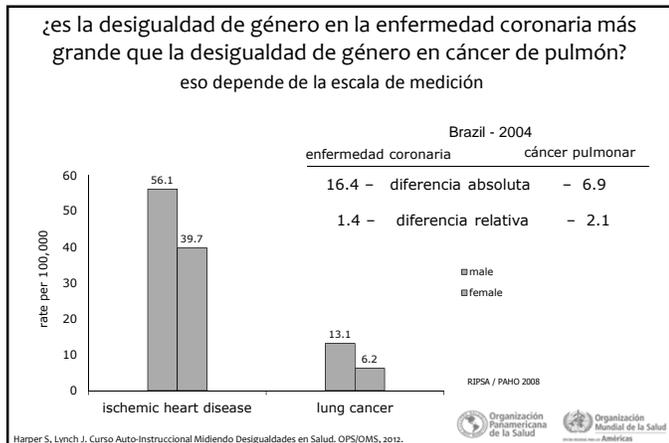
oim/SDE/PAHO/WHO, 2013

### métricas resumen de desigualdad en salud recomendadas \*

- una métrica absoluta y una métrica relativa
- una métrica de brecha y una métrica de gradiente
- métrica de brecha absoluta: diferencia de rango (Kuznets absoluto)
- métrica de brecha relativa: razón de rango (Kuznets relativo)
- métrica de gradiente absoluta: índice de desigualdad de la pendiente (IDP)
- métrica de gradiente relativa: índice relativo de desigualdad (IRD)
- estratificadores de equidad: riqueza, educación, sexo, residencia
- uso consistente en el tiempo

\* reportar sistemáticamente junto con el promedio poblacional del indicador de salud

oim/SDE/PAHO/WHO, 2013



4. comunicar resultados

comunicación consciente de la audiencia

efectiva visualización de datos (tablas, gráficos, mapas)

4 aspectos clave de la comunicación (el reporte):

- ✓ estado actual
- ✓ cambios en el tiempo (tendencias)
- ✓ referenciamiento (benchmarking)
- ✓ priorización

Organización Panamericana de la Salud / WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

análisis del estado actual

Muestra la situación de la desigualdad utilizando los últimos datos.

Hay que determinar los indicadores de salud que tienen los niveles máximos y mínimos de desigualdad absoluta y relativa.

Puede servir responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la situación?
- ¿Cómo le está yendo al país?
- ¿Cuáles deberían ser las áreas prioritarias actuales?

Organización Panamericana de la Salud / WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

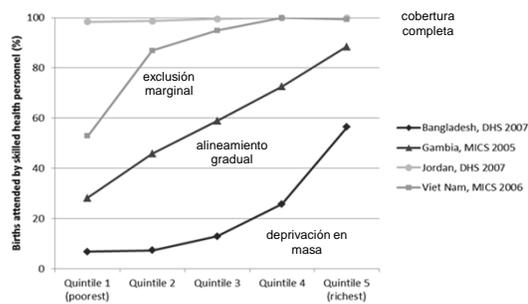
### ejemplo de informe sobre el estado actual

Estado actual de la desigualdad de algunos indicadores de los servicios de salud según el nivel de riqueza en Rwanda; DHS 2010

Indicador	Quintil 1 (más pobre) (%)	Quintil 2 (%)	Quintil 3 (%)	Quintil 4 (%)	Quintil 5 (más rico) (%)	Diferencia (quintil 5 - quintil 1) (puntos porcentuales)	Razón (quintil 5 /quintil 1)
Atención prenatal: al menos una consulta	96,6	97,4	98,6	99,1	98,9	2,3	1,0
Atención prenatal: al menos cuatro consultas	34,1	34,5	32,6	34,4	42,5	8,4	1,2
Partos asistidos por personal de salud capacitado	61,2	63,5	66,7	72,6	85,9	24,7	1,4
Cobertura de la vacunación con DTP3 de los niños 1 año	96,1	95,7	97,1	97,9	98,7	2,6	1,0
Inicio temprano de la lactancia materna	69,8	69,6	70,9	75,5	68,2	-1,6	1,0
Necesidades de planificación familiar satisfechas	65,2	69,6	75,2	78,6	79,6	14,4	1,2
Cobertura de la vacunación completa de los niños de 1 año	87,2	87,2	91,7	92,5	95,5	8,3	1,1
Administración de complementos de vitamina A a niños menores de 5 años	91,5	91,7	92,3	95,2	94,6	3,1	1,0

### patrones de desigualdad en la salud (con uso de datos desagregados)

Patrones de desigualdad en la salud ilustrados con la proporción de partos asistidos por personal de salud capacitado en Bangladesh, Gambia, Jordania y Viet Nam, por quintil de riqueza; DHS y MICS 2005-2007

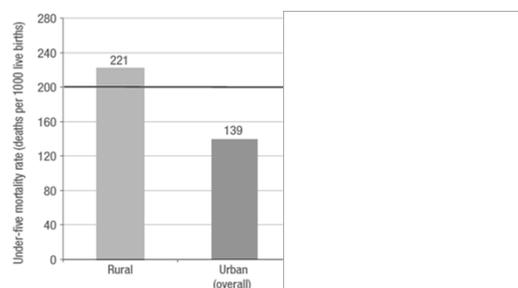


### patrones de desigualdad en salud y correlato de intervenciones

- **deprivación en masa**  
enfoco poblacional: inversión en todos los subgrupos
- **exclusión marginal**  
focalización: inversión selectiva en el subgrupo más desaventajado
- **alineamiento gradual**  
focalización y universalismo proporcionado
- **cobertura completa**  
no se necesita mayor intervención; debe garantizarse monitoreo permanente

### múltiples dimensiones de desigualdad simultáneamente

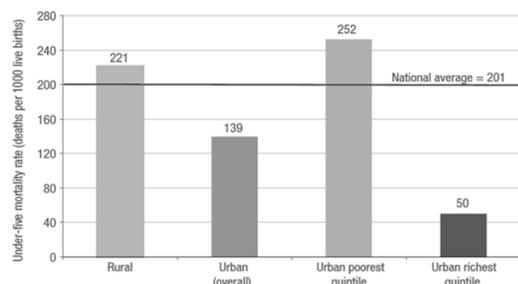
Mortalidad de la niñez en Nigeria, según lugar de residencia; DHS 2008



Source: Adapted from World Health Organization Centre for Health Development: country profiles on urban health, Nigeria.

### múltiples dimensiones de desigualdad simultáneamente

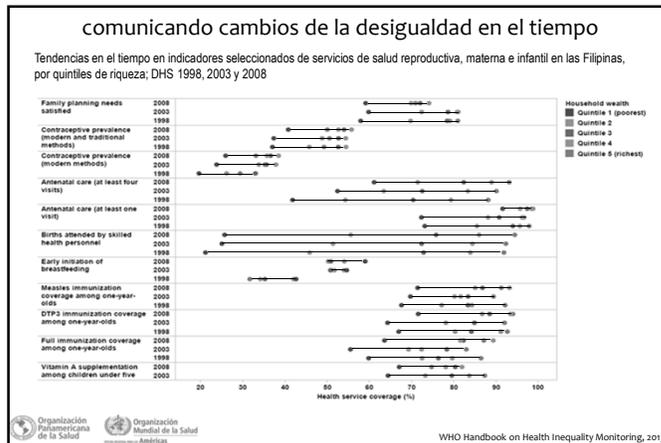
Mortalidad de la niñez en Nigeria, según lugar de residencia; DHS 2008



Source: Adapted from World Health Organization Centre for Health Development: country profiles on urban health, Nigeria.

### análisis de cambios en el tiempo (tendencias)

- indican si las desigualdades existentes han mejorado o empeorado  
*¿son problemas nuevos o persistentes?*
- hay que determinar los indicadores que muestran los aumentos y las disminuciones más importantes (absolutos y relativos).
- pueden ayudar a determinar las áreas problemáticas que deberán estudiarse más a fondo, o detectar experiencias exitosas que podrían servir para definir las mejores prácticas.



### análisis de referencias (referenciamiento, benchmarking)

Consiste en comparar los datos de países similares para obtener un panorama del nivel de desigualdad de un país en relación con otros

*¿Podría, o debería, estar el país en una mejor situación?*

La comparación suele hacerse con otros países de la misma región o del mismo grupo de ingresos.

Se pueden usar datos sobre el estado actual o sobre las tendencias en el tiempo.

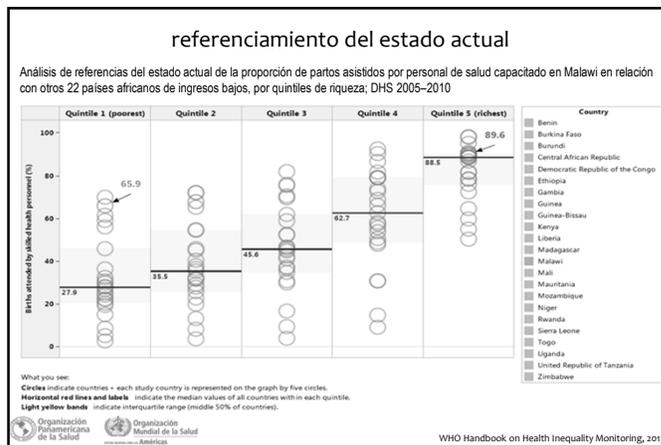
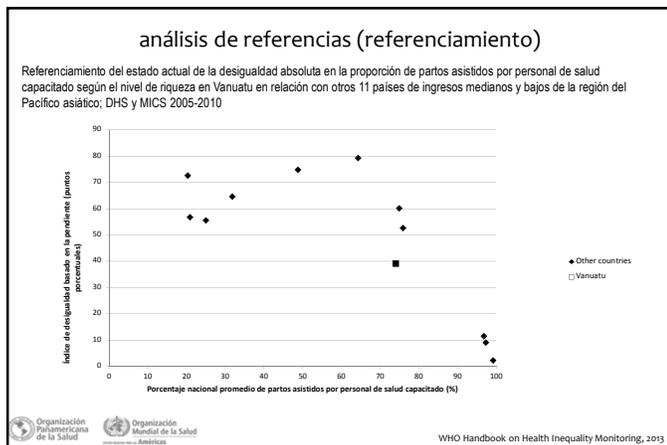
WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

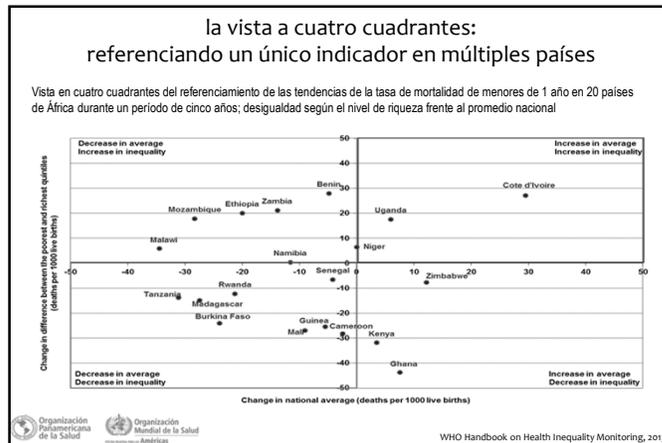
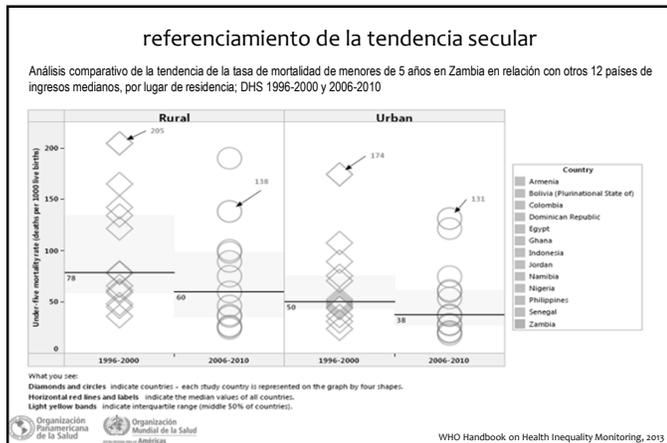
### análisis de referencias (referenciamiento)

Desigualdades en cuanto a los partos asistidos por personal de salud capacitado según el nivel de riqueza en algunos países de ingresos medianos y bajos de la región del Pacífico asiático; DHS y MICS 2005-2010

País	Encuesta	Promedio nacional		Índice de desigualdad basado en la pendiente	
		%	Error estándar	Puntos porcentuales	Error estándar
Bangladesh	DHS 2007	20,9	1,2	56,7	2,9
Camboya	DHS 2010	75,9	1,4	52,6	3,1
India	DHS 2005	48,8	0,8	74,8	1,0
Indonesia	DHS 2007	74,9	1,1	60,1	2,3
República Democrática Popular Lao	MICS 2006	20,3	1,9	72,6	4,0
Maldivas	DHS 2009	96,8	0,6	11,5	2,5
Mongolia	MICS 2005	99,2	0,2	2,2	1,2
Nepal	DHS 2006	25,0	1,6	55,5	3,5
Filipinas	DHS 2008	64,3	1,4	79,2	1,8
Tailandia	MICS 2005	97,3	0,6	9,0	3,2
Timor-Leste	DHS 2009	31,8	1,6	64,6	2,6
Vanuatu	MICS 2007	74,0	2,9	39,1	7,9

WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013





### priorización (definición de áreas prioritarias)

El propósito de la priorización es ayudar a quienes formulan políticas a interpretar los resultados del monitoreo de la desigualdad.

La interpretación simple e intuitiva del complejo proceso de monitoreo de las desigualdades puede ayudar a las instancias normativas y al público.

Un grupo de interesados directos con conocimientos sobre datos y estadística y con competencias para interpretar estadísticas de salud debe examinar los informes sobre desigualdades en salud elaborados y decidir las áreas prioritarias de acción, teniendo en cuenta:

- los análisis de desigualdad (estado actual, cambios en el tiempo y referenciamiento)
- los promedios nacionales
- las metas nacionales previstas y la agenda de políticas de salud.

El proceso de definición de áreas prioritarias apunta a lograr un consenso entre los interesados directos.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
 WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

### Definición de las áreas prioritarias

Se comienza asignando un puntaje sobre una escala de 1 a 3 a cada uno de los tres aspectos de la desigualdad (estado actual, cambios en el tiempo y referenciamiento):

- el valor 1 indica que no se necesita ninguna acción;
- el valor 2 indica que se necesita alguna acción;
- el valor 3 indica que se necesita alguna acción urgente.

Este proceso debe aplicarse a cada indicador de salud en función de cada estratificador de equidad.

Los promedios nacionales de cada indicador también se deben calificar de manera similar.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
 WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

### Definición de las áreas prioritarias

Luego se calcula el promedio de puntajes para todos los estratificadores de equidad y para cada indicador.

Este puntaje promedio se considera junto con el promedio nacional para identificar las áreas prioritarias:

- para determinar indicadores de salud de máxima prioridad según estado actual, cambios en el tiempo y referenciamiento.
- para determinar estratificadores de equidad de máxima prioridad.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
 WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

### definiendo áreas prioritarias

Valoración del estado actual de la desigualdad y el promedio nacional en varios indicadores de servicios de salud reproductiva, materna e infantil en las Filipinas, con una escala numérica simple

Health indicator	Inequality by equity stratifier									
	Wealth		Education		Sex		Area			
	Absolute	Relative	Absolute	Relative	Absolute	Relative	Absolute	Relative		
Family planning needs satisfied	2	1	2	2			1	1	1	2
Contraceptive prevalence: modern methods	2	2	2	2			1	1	2	3
Contraceptive prevalence: modern and traditional methods	2	2	2	2			1	1	2	3
Antenatal care: at least one visit	1	1	2	2			1	1	1	1
Antenatal care: at least four visits	2	2	1	1			2	1	1	2
Births attended by skilled health personnel	1	1	1	1			1	2	1	1
Early initiation of breastfeeding	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Measles immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
DTP3 immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2
Full immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
Vitamin A supplementation among children under five	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2

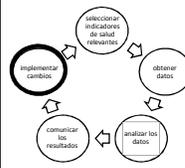
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
 WHO Handbook on Health Inequality Monitoring, 2013

### definiendo áreas prioritarias

Priorización del estado actual de la desigualdad y el promedio nacional en varios indicadores de servicios de salud reproductiva, materna e infantil en las Filipinas, con una escala numérica simple

Health indicator	Inequality by equity stratifier										Average inequality score	National average	
	Wealth		Education		Sex		Area		Region				
	Absolute	Relative	Absolute	Relative	Absolute	Relative	Absolute	Relative	Absolute	Relative			
Family planning needs satisfied	2	1	2	2			1	1	1	2	→	1.8	2
Contraceptive prevalence: modern methods	2	2	2	2			1	1	2	1	→	1.9	2
Contraceptive prevalence: modern and traditional methods	2	2	2	2			1	1	2	1	→	1.9	2
Antenatal care: at least one visit	1	1	2	2			1	1	1	1	→	1.3	1
Antenatal care: at least four visits	2	1	1	1			2	1	1	2	→	2.4	2
Births attended by skilled health personnel	1	1	1	1			1	2	1	1	→	2.9	1
Early initiation of breastfeeding	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	→	1.0	2
Measles immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	→	1.9	2
DTP3 immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	→	1.8	1
Full immunization coverage among 1-year-olds	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	→	1.9	2
Vitamin A supplementation among children under five	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	→	1.5	2
Average score-equity stratifiers	1.9		2.3		1.0		1.2		2.2				

### 5. implementar cambios



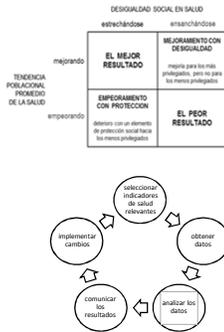
Establecimiento de una agenda de implementación de cambios:

- voluntad política
- apoyo popular
- financiamiento
- factibilidad
- oportunidad
- costo-efectividad

Marco de los determinantes sociales de la salud: acción intersectorial, enfoque de "gobierno entero" y "sociedad entera": salud en todas las políticas

### Institucionalizar el monitoreo de las desigualdades en la salud

- no continuar ciegos a la gradiente
- poner en práctica lo que se pregona
- comprometerse con metas explícitas



... y eso que, en nuestras tierras, los numeritos tienen mejor suerte que las personas...

[... and that goes without saying that, in our lands, fancy stats are luckier than people...]

Eduardo Galeano  
The Book of Embraces  
[El Libro de los Abrazos]

gracias!  
mujicaos@paho.org